



Programmation-budgétisation à l'OMS et classement des activités par rang de priorité

Rapport du Directeur général

Dans le cadre de la réponse à la résolution WHA46.35 sur la réforme budgétaire et du processus d'adaptation aux changements mondiaux, le Directeur général a estimé qu'il était opportun et nécessaire de récapituler les principes généraux de la programmation-budgétisation à l'OMS, tels qu'ils ont été adoptés au fil des ans par les organes directeurs. Le présent document passe en revue la politique en matière de programmation-budgétisation; dresse les grandes lignes des mécanismes créés par les résolutions du Conseil exécutif, de l'Assemblée de la Santé et des comités régionaux relatives à ce sujet; et décrit les méthodes utilisées en matière de programmation-budgétisation à l'OMS à tous les niveaux. Il étudie notamment la notion de priorité telle qu'elle ressort du processus adopté par l'OMS en matière de détermination des politiques, de programmation et de budgétisation.

SOMMAIRE

	Pages
I. Principes généraux de la programmation-budgétisation à l'OMS	2
II. Elaboration des budgets programmes de l'OMS	3
Programmation-budgétisation au niveau des pays	3
Programmation-budgétisation au niveau régional	5
Programmation-budgétisation aux niveaux interrégional et mondial	6
Utilisation des ressources de l'OMS en 1992-1993	6
III. Activités prioritaires et niveaux d'exécution	7
IV. Mesures à prendre par le Conseil exécutif	10

I. PRINCIPES GENERAUX DE LA PROGRAMMATION-BUDGETISATION A L'OMS

1. La notion de programmation-budgétisation à l'OMS est basée sur le principe "de la programmation par objectifs et de la budgétisation par programmes".¹ Un budget programme de santé est normalement un budget axé sur les priorités propres à instaurer la santé, sur les tâches à accomplir en matière de santé et sur les objectifs recherchés dans ce cadre (exécution et résultats). Il met en relief les buts visés et en chiffre la réalisation. L'objectif de la programmation-budgétisation à l'OMS est d'encourager la planification stratégique et l'allocation de ressources aux programmes qui sont considérés prioritaires aux niveaux des pays, régional et mondial, et répondent aux besoins des Etats Membres s'efforçant d'instaurer la santé pour tous.
2. Les budgets programmes de l'OMS émanent du programme général de travail pour la période en question; ils précisent les mesures à prendre et influent sur la rapidité de leur exécution. La programmation-budgétisation fait partie du processus de gestion collective par lequel l'OMS et ses Etats Membres déterminent, mettent en oeuvre, contrôlent, évaluent et reprogramment en commun, dans le domaine de la santé, les travaux de l'Organisation ayant un caractère international. Le budget programme est préparé par le Directeur général et présenté au Conseil exécutif qui le soumet à son tour, accompagné de ses recommandations, à l'Assemblée de la Santé pour approbation conformément aux articles 18 f), 34, 50, 55 et 56 de la Constitution. Les politiques et procédures régissant l'élaboration du budget programme à l'OMS sont énoncées dans les directives de procédure qui sont publiées par le Directeur général tous les deux ans et précisent la politique à suivre en matière de priorités et la méthode à adopter pour sélectionner les activités.
3. Pendant les trois premières décennies, les budgets de l'Organisation ont été approuvés sur une base annuelle. En janvier 1973 le Conseil exécutif, à sa cinquante et unième session, a examiné un rapport sur la possibilité d'adopter un programme et budget biennal,² lequel soulignait qu'un budget biennal permettrait de gagner du temps au Conseil exécutif, à l'Assemblée de la Santé et aux comités régionaux; de réduire le volume de travail du Secrétariat; de promouvoir une planification à plus long terme; de faciliter l'application de la programmation-budgétisation; de permettre une plus grande souplesse en ce qui concernait la gestion des fonds; et de faciliter la comparaison interinstitutions des programmes et des données financières. Cette proposition a été finalement approuvée avec l'adoption de la résolution WHA26.37. En 1977, les amendements nécessaires à la Constitution sont entrés en vigueur, et la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, par sa résolution WHA30.20, a décidé que la budgétisation biennale commencerait avec la période biennale 1980-1981.
4. L'intérêt particulier exprimé dans le passé par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé pour les questions de budgétisation et la participation croissante des Etats Membres au choix des activités programmatiques de l'OMS se reflètent dans plusieurs résolutions, dont la résolution WHA29.48 qui a réorienté les ressources de l'Organisation vers la coopération technique; la résolution WHA30.23 qui a adopté les principes de la budgétisation par programme; la résolution EB79.R9 qui a souligné la nécessité d'un processus de coopération complet entre les pays et l'OMS concernant l'élaboration des budgets programmes en vue de parvenir à un consensus; la résolution WHA38.11 qui a soutenu la préparation des politiques régionales en matière de budget programme; et la résolution WHA46.35 qui a demandé une réforme budgétaire dans le cadre de l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux.
5. Cette série de résolutions interdépendantes a créé, au sein de l'OMS, une "culture budgétaire" particulière reposant sur un ensemble de mécanismes complexes assurant un choix d'activités et une allocation des ressources démocratiques. Ce processus commence au niveau des pays car l'intention est de permettre aux principaux utilisateurs des ressources de l'OMS de choisir les meilleures activités à l'appui de leur propre développement sanitaire.

¹ Actes officiels de l'OMS, N° 212, 1975, Introduction, premier paragraphe.

² Actes officiels de l'OMS, N° 206, 1973, annexe 14.

II. ELABORATION DES BUDGETS PROGRAMMES DE L'OMS

6. La section suivante passe en revue la programmation-budgétisation à l'OMS telle qu'elle est actuellement élaborée selon les principes et le cadre politique décrits à la section I.

Programmation-budgétisation au niveau des pays

7. La coopération technique OMS/pays soutient les objectifs et stratégies des pays en matière de santé et fournit de petits apports, en termes budgétaires, qui jouent un rôle catalyseur, de promotion et d'appui. Les apports techniques directs et indirects représentent souvent davantage que la somme totale des apports financiers. Les activités de l'OMS au niveau des pays visent par conséquent à résoudre les problèmes de santé publique revêtant une importance majeure dans le pays concerné, après que les pays aient identifié de manière rationnelle leurs besoins prioritaires dans le cadre d'un processus gestionnaire approprié. L'OMS fournit un appui aux gouvernements pour promouvoir la collaboration, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, et orienter les activités des organismes bilatéraux et multilatéraux vers les priorités fixées. On s'efforce de renforcer les capacités nationales d'absorber cette collaboration internationale, en prêtant particulièrement attention aux pays qui ont besoin de ce type de renforcement des capacités ainsi qu'aux pays les moins avancés dans chaque Région.

8. Dès 1977, l'Assemblée de la Santé adoptait la résolution WHA30.23 qui soulignait "la nécessité d'une étroite collaboration entre l'OMS et les Etats Membres pour la mise au point de programmes de santé bien définis au niveau des pays, dans le cadre desquels on puisse ensuite, compte tenu des objectifs programmatiques d'ensemble et en complète harmonie avec les processus nationaux de programmation sanitaire, procéder à la planification détaillée et à l'exécution de projets et activités particuliers". Les résolutions EB75.R7 et WHA38.11 reflétaient l'intention de renforcer davantage le contrôle démocratique des travaux de l'OMS par ses Etats Membres. Toutes ces mesures ont eu pour résultat de renforcer la capacité des pays d'utiliser au mieux les ressources de l'OMS pour le développement sanitaire au niveau des pays et notamment pour la mise au point et l'exécution de politiques et de stratégies visant à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000.

9. En 1985 et 1986, les six comités régionaux ont approuvé les politiques régionales respectives en matière de budget programme¹ qui avaient été élaborées sur la base de lignes directrices examinées au préalable par le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé.² Ces politiques régionales en matière de budget programme ont été élaborées pour faciliter le choix de la forme de coopération de l'OMS avec les Etats Membres qui permettrait : de veiller à l'utilisation optimale des ressources de l'OMS à l'appui du développement sanitaire national; de veiller à l'utilisation systématique des ressources de l'OMS pour un appui direct au développement de la santé pour tous au niveau des pays; et de préciser le rôle de l'OMS aux différents niveaux, ainsi qu'il ressort de l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions³ qui a été demandée par le Conseil exécutif conformément à la résolution WHA31.27.

10. Les résolutions susmentionnées et les politiques régionales en matière de budget programme (voir également les paragraphes 13 à 16 ci-après) ont abouti à la mise au point d'un processus complet de sélection des activités de l'OMS au niveau des pays; ce processus est le suivant :

¹ Documents SEA/RC38/WP 4 (septembre 1985), AFR/RC36/4 (mai 1986), WPR/RC37/7 (juillet 1986), EM/RC32/3 (août 1985), AMR/CD31/29 (juillet 1985) et EUR/RC35/11 (juin 1985).

² Document WHA38/1985/REC/1, annexe 3.

³ Document WHA33/1980/REC/1, annexe 3.

Des examens¹ conjoints gouvernement/OMS des politiques sont entrepris avec des organismes nationaux appropriés et comprennent chaque fois que possible des représentants non seulement du secteur de la santé, mais également d'autres secteurs concernés afin de faire participer de nombreux décideurs à l'évaluation du cadre politique à l'appui du développement sanitaire national et de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous.

Des examens¹ conjoints des programmes consistant en une analyse commune des programmes nationaux sont entrepris pour décider si l'appui aux efforts déployés par les pays pour lancer ou renforcer la planification et la mise au point des programmes nationaux, ou pour appuyer certains programmes de santé nationaux, constituerait une utilisation appropriée des ressources de l'OMS. Ces examens débouchent sur des décisions concernant les sujets et les formes de coopération qui bénéficieront des ressources de l'OMS.

Ces examens sont complétés par l'application d'un certain nombre de mécanismes qui varient selon la Région, mais qui comprennent des discussions avec le Directeur régional au plus haut niveau et des sous-groupes spéciaux du comité régional chargés de la planification et de la budgétisation (voir également paragraphe 12 ci-après).

Les comités régionaux examinent les propositions régionales de budget programme et, conformément à l'article 50 a) de la Constitution, jouent un rôle essentiel dans l'élaboration à la fois d'orientations politiques et de propositions spécifiques.

11. Par l'intermédiaire de ces mécanismes de sélection des activités de l'OMS au niveau des pays, on applique systématiquement un certain nombre de critères (voir également section III ci-après) pour faciliter le choix des secteurs de programme auxquels l'OMS participe; pour déterminer le ou les niveaux d'exécution des activités programmatiques (pays, Régions ou Siège); et pour allouer les ressources aux activités programmatiques. Des critères spécifiques ont été élaborés par les politiques régionales individuelles en matière de budget programme.²

12. Il convient de souligner que, dans toutes les Régions de l'OMS, les mécanismes décrits ci-dessus (ou certains de leurs éléments) sont également utilisés tous les ans, tous les semestres ou tous les trimestres, en fonction de la Région, pour évaluer la coopération directe de l'Organisation avec les pays. Cette évaluation fait partie de la routine des examens des politiques et des programmes et a lieu durant les réunions des représentants de l'OMS, ou se fait par l'intermédiaire des sous-groupes spéciaux des comités régionaux, ou dans le cadre des missions communes d'examen des programmes de pays couvrant l'évaluation, la programmation et la budgétisation.

¹ Ces examens sont effectués par des groupes d'examen communs gouvernement/OMS, avec la participation pleine et entière du représentant de l'OMS et, le cas échéant, celle du personnel des bureaux régionaux chargé de fournir un appui technique ou autre. En fonction de la situation dans chaque pays, la représentation gouvernementale peut comprendre des hauts fonctionnaires des ministères de la santé, des finances et de la planification et de secteurs autres les plus étroitement associés à l'action sanitaire. Lorsqu'il n'y a pas de représentant de l'OMS dans un pays, les examens périodiques concernant les politiques et les programmes ont lieu directement entre le bureau régional et le gouvernement concerné.

² Les critères de choix des priorités sont précisés dans le septième (Série "Santé pour tous", N° 8), huitième (Série "Santé pour tous", N° 10) et neuvième (Série "Santé pour tous", N° 11) programmes généraux de travail, approuvés dans les résolutions WHA35.25, WHA40.31 et WHA47.4 respectivement (la résolution EB87.R25 a souligné que la définition de priorités était indispensable à l'élaboration du neuvième programme); par les politiques régionales individuelles en matière de budget programme (voir note 1 au paragraphe 9 ci-dessus); et dans un document (EB87/2) sur les critères utilisés pour définir les priorités présenté au Conseil exécutif en janvier 1991.

Programmation-budgétisation au niveau régional

13. Les activités entreprises au niveau régional doivent recevoir un appui de l'OMS si des besoins analogues ont été identifiés par plusieurs pays de la même Région à la suite d'un processus rationnel de programmation ou d'une sensibilisation commune à des problèmes communs; si une activité donnée s'avère utile pour des pays qui peuvent souhaiter l'entreprendre; si la poursuite de cette activité en tant qu'effort collectif par plusieurs pays de la même Région est susceptible de contribuer sensiblement à la réalisation des objectifs du programme; et si, pour des raisons d'économie, le cadre interpays sert à regrouper certaines ressources nationales, comme la fourniture aux pays de services techniques nécessitant un degré élevé de compétence; ou si les pays collaborateurs ont demandé à l'OMS de faciliter ce genre de coopération technique.

14. Les activités aux niveaux régional et interpays sont par conséquent soigneusement choisies compte tenu d'un certain nombre de critères relatifs :

- aux tâches hautement prioritaires en matière de santé qui ne peuvent être exécutées de manière efficace que par l'action combinée de plusieurs pays;
- à l'effet catalyseur ou multiplicateur des activités au niveau régional, et notamment l'appui à la recherche politique, technique, économique et gestionnaire pour les stratégies régionales de la santé pour tous;
- au besoin d'une coopération technique directe entre l'OMS et les Etats Membres dans la mise au point ou l'exécution des stratégies nationales de la santé pour tous et d'un appui aux pays de la Région partageant des besoins analogues et participant à des activités interpays approuvées;
- à la possibilité de faciliter la coopération technique entre les Etats Membres (et notamment la coopération entre pays en développement);
- à la direction donnée par les résolutions du comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé; et
- à l'exécution avec le Siège d'un certain nombre de fonctions normatives qui sont du ressort des Régions elles-mêmes.

15. Les mécanismes permettant d'identifier ces activités varient selon les Régions, mais ils comprennent au moins : un comité régional de programmation-budgétisation interne à l'OMS tel que le Comité consultatif pour le développement et la gestion du programme dans la Région de l'Asie du Sud-Est; un sous-comité du programme (dans la Région africaine); un sous-comité du comité régional tel que le Comité permanent du Comité régional de la Région européenne; ainsi que les comités régionaux eux-mêmes. D'autres mécanismes utilisés dans certaines Régions englobent des réunions des ministères de la santé.

16. Les comités régionaux sont chargés par plusieurs résolutions, et notamment les résolutions EB75.R7 et WHA33.17, de contrôler les budgets régionaux et de s'acquitter des fonctions les concernant. Dans le cadre de ce processus, on examine la manière selon laquelle les Etats Membres des Régions ont utilisé des ressources de l'OMS au cours de la période précédente, compte tenu de l'exposé présenté par chaque Etat Membre.

Programmation-budgétisation aux niveaux interrégional et mondial

17. Aux niveaux mondial et interrégional, le mandat de l'OMS en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, entraîne un certain nombre d'activités. La Constitution, les programmes généraux de travail et la plupart des résolutions du Conseil exécutif ou de l'Assemblée de la Santé propres aux programmes mentionnent de façon précise des activités mondiales "normatives". En outre, un grand nombre d'activités sont déterminées, même aux niveaux mondial et interrégional, par le besoin qu'ont les Etats Membres d'une coopération technique directe, et elles sont mises en oeuvre par les bureaux régionaux. Ainsi, on choisira le niveau mondial si le but des activités est d'engendrer, de cristalliser et de promouvoir des idées; de recueillir, d'analyser, de synthétiser et de diffuser des informations valables sur la santé et les questions y relatives; d'identifier, de générer et de transférer des technologies appropriées; de fournir un appui au niveau régional; et de favoriser l'action internationale.

18. D'autres orientations concernant le choix des activités aux niveaux mondial et interrégional ont notamment pour origine :

- le suivi et l'évaluation des activités en cours;
- l'évaluation et l'orientation définies par le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé (voir la résolution EB92.R2 et la décision EB93(8) du Conseil exécutif concernant les examens de programmes);
- l'opinion des communautés internationales scientifiques et politiques et de la communauté des donateurs;
- les percées scientifiques éventuelles contre certaines maladies.

19. La supervision générale du processus de programmation-budgétisation au Siège incombe au **Comité du Développement de la Gestion du Siège** dans le cadre des mécanismes de gestion collective de l'Organisation. Ce comité veille à ce que les avis des organes directeurs et l'orientation du programme général de travail soient concrétisés par des activités pratiques par l'intermédiaire des mécanismes définis dans les directives de procédure publiées par le Directeur général. Le neuvième programme général de travail présente quatre orientations programmatiques destinées à guider les efforts de l'Organisation, à savoir : intégrer le développement sanitaire et humain dans les politiques générales; assurer un accès équitable aux services de santé; promouvoir et protéger la santé; et prévenir et maîtriser des problèmes de santé déterminés.¹ Les lignes directrices du budget programme 1996-1997 soulignent l'importance que les organes directeurs accordent à l'équité en matière de santé dans le cadre de la justice sociale et à la contribution à la paix universelle grâce à la santé pour tous, ainsi qu'aux quatre thèmes propices à une action de l'OMS : 1) la santé dans un environnement mouvant; 2) une alimentation et une nutrition correctes; 3) la lutte intégrée contre la maladie dans le cadre de l'épanouissement humain et du développement des soins de santé en général; et 4) la diffusion de l'information aux fins du plaidoyer et à des fins éducatives, scientifiques et gestionnaires.²

Utilisation des ressources de l'OMS en 1992-1993

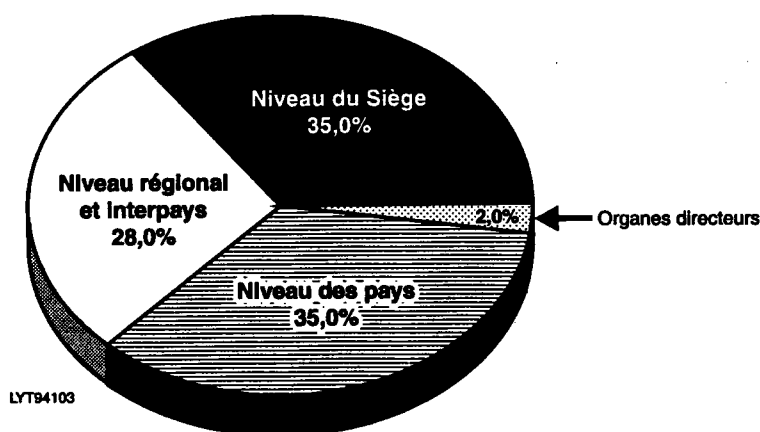
20. Conformément à la résolution WHA29.48 qui priait l'OMS de consacrer au moins 60 % de son budget ordinaire à la coopération technique, les ressources sont passées de fonctions plus normatives à des activités directes de coopération technique dans les pays, de sorte que l'on a désormais largement atteint ce

¹ Série "Santé pour tous", N° 11, p. 3.

² Document CDG/93.1.

pourcentage. Tandis que les fonds destinés à la coopération technique sont, pour la plupart, dépensés au niveau des pays, un appui régional et mondial demeure nécessaire. La ventilation pour 1992-1993 (la dernière période biennale pour laquelle on dispose d'un rapport financier) montre que 35 % du budget ont été dépensés au niveau des pays, 28 % au niveau régional et 35 % au niveau du Siège (voir Figure 1). En fait, à cause de l'appui donné aux activités de coopération technique au niveau des pays à partir d'autres niveaux (voir paragraphe 17), on estime que l'affectation d'environ 40 % du budget ordinaire est décidée dans le cadre du processus de consultation des pays décrit aux paragraphes 7 à 12 susmentionnés.

FIGURE 1. DEPENSES DE L'OMS AU TITRE DU BUDGET ORDINAIRE EN 1992-1993 PAR NIVEAU ORGANISATIONNEL



III. ACTIVITES PRIORITAIRES ET NIVEAUX D'EXECUTION

21. L'expression d'une priorité en matière de santé pour l'Organisation peut prendre une ou plusieurs des formes suivantes : déclaration de politique par l'intermédiaire d'une résolution du Conseil exécutif, de l'Assemblée de la Santé ou d'un comité régional; contenu d'un programme général de travail; dépenses ou nouvelles allocations budgétaires de l'OMS; et plaidoyer entrepris par l'OMS dans des instances nationales, régionales ou internationales. Ainsi, la reconnaissance par l'OMS d'un problème de santé prioritaire ne signifie pas toujours une allocation importante de ressources. La définition des priorités doit tenir compte de l'équilibre approprié entre les fonctions normatives de l'OMS et les activités de coopération technique. Les priorités mondiales générales ne devraient pas venir au premier plan de la collaboration directe entre l'OMS et les pays, et les politiques régionales en matière de budget programme établissent clairement que le choix des activités doit tenir compte des besoins des pays en matière de santé, dans le cadre des politiques générales adoptées collectivement par l'OMS et ses Etats Membres. Les priorités doivent être déterminées en fonction non seulement des programmes, mais également des divers types d'activité et postes de dépenses au sein de chaque programme, en gardant toujours à l'esprit qu'il faut veiller à ce que tous les programmes soutiennent bien le développement progressif de systèmes nationaux généraux de santé.

22. Il faut distinguer clairement entre les priorités à long terme et les priorités à court terme (par exemple l'appui au développement des infrastructures nationales concernant les systèmes de santé par opposition à la réponse apportée à une épidémie). Les priorités peuvent également être définies en termes géographiques (par exemple une priorité mondiale telle que la vaccination par opposition à des priorités régionales généralement reconnues ou des priorités plus localisées telles que la maladie de Chagas). Enfin, les besoins particuliers de

certaines Régions, comme ceux de l'Afrique, constituent des priorités en eux-mêmes. Les priorités peuvent également se référer à des groupes cibles tels que les minorités, les pauvres, les défavorisés ou d'autres groupes vulnérables au sein des populations.

23. En 1987-1988, le Conseil exécutif a examiné une étude élargie sur la formulation des priorités du programme.¹ Il a été signalé que, bien que chaque historique de programme soit unique, il existe des faits et principes généraux qui régissent la création d'un programme et influencent constamment la détermination de ses activités prioritaires, à savoir :

- a) Le rôle de l'Organisation tel qu'il est défini dans la Constitution de l'OMS.
- b) Le critère prédominant en ce qui concerne la mise en place d'un programme est lié aux besoins des Etats Membres tels qu'ils ont été identifiés par les enquêtes et les manifestations épidémiologiques. Ce critère se reflète également aux niveaux inter pays, régional, interrégional et mondial. Il faut tenir compte en outre des besoins qui sont exprimés par l'intermédiaire de l'opinion publique et des pressions politiques.
- c) L'Assemblée de la Santé, appuyée par le Conseil exécutif et les comités régionaux, contribue par ses discussions, décisions et résolutions à définir des objectifs et à créer des programmes, ainsi qu'à déterminer des priorités.
- d) La communauté scientifique mondiale apporte ses compétences spécialisées, notamment par l'intermédiaire des comités consultatifs sur la recherche en santé, des comités d'experts, des groupes consultatifs des programmes et des groupes consultatifs techniques; et les connaissances particulières fournies, par exemple, par les consultants ou les centres collaborateurs.
- e) La fixation des priorités dans le cadre des politiques et stratégies de l'OMS incombe au Directeur général qui, avec l'appui des responsables exécutifs de l'Organisation, des divers mécanismes internes et externes (décrits dans la section II ci-dessus) et, plus particulièrement, des administrateurs de programmes (experts dans leur domaine et connaissant bien la politique programmatique d'ensemble et les technologies disponibles), dirige les efforts déployés par l'Organisation pour s'acquitter de son mandat constitutionnel dans le cadre de ses capacités et ressources.
- f) Enfin, l'application du processus et des mécanismes de gestion de l'OMS dans le cadre du développement des stratégies, de la planification et de la programmation, de la programmation-budgétisation, du suivi et de l'évaluation, avec l'appui de l'information, permet généralement de veiller à ce que tous les principes susmentionnés soient pris en compte de manière équilibrée. Un suivi et une évaluation réguliers permettent également de veiller à ce que l'exécution des activités suive l'évolution des situations.

24. Une autre conclusion de l'étude est que l'Organisation s'occupe de priorités importantes et urgentes pour des Etats Membres avec des ressources (ordinaires et extrabudgétaires) extrêmement limitées et que les budgets alloués aux programmes ne semblent pas nécessairement correspondre à l'importance des sujets traités. Dans certains cas, l'allocation des ressources entre les programmes, notamment au Siège et dans les bureaux régionaux, ne répond pas aux priorités immédiates des Etats Membres mais reflète des besoins à plus long terme concernant la participation de l'Organisation à des questions générales de recherche et développement, de consensus en matière de politique sanitaire, de plaidoyer, d'identification des critères et des normes, et du transfert des méthodes et de la technologie.

¹ Document EB81/1988/REC/1, annexe 16.

25. En 1989, le Comité du Programme du Conseil exécutif, en débattant ces études, a conclu qu'il avait été possible au fil des ans de redéfinir les priorités de l'OMS pour répondre aux nouveaux problèmes de santé des Etats Membres. Néanmoins, le Comité a estimé que l'Assemblée de la Santé, le Conseil exécutif, le Comité du Programme et/ou les comités régionaux pouvaient s'engager plus activement et donner des orientations au Directeur général concernant les priorités, soit pour mettre au point des programmes futurs, y compris classer des programmes de fond par rang de priorité, soit pour aider le Directeur général à réduire les programmes si nécessaire.

26. Lorsqu'un problème de santé est défini comme priorité mondiale (par exemple, par son inclusion dans le programme général de travail ou dans une déclaration publique de l'OMS), les ressources autres que celles de l'Organisation sont souvent mobilisées, que ce soit sur le plan national ou international. Le rôle de l'OMS en ce qui concerne la réorientation des ressources internationales, multilatérales et bilatérales vers des priorités nationales et la recherche de ces ressources pour ses propres programmes est important. Il faut donc s'interroger sur le rôle que l'OMS, en tant que coordonnateur de l'action de santé internationale, devrait jouer vis-à-vis du système des Nations Unies, des organismes internationaux et des organisations non gouvernementales, et également sur la manière dont les ressources extrabudgétaires influencent les priorités. Du point de vue de la planification et de la mise au point des programmes, ces mêmes principes généraux devraient s'appliquer à toutes les activités de l'Organisation, quelle que soit la source de fonds. Cependant, l'opinion publique parfois fait pression sur l'OMS pour qu'elle étende ses ressources à de prétendues priorités sanitaires. Il faudrait que les organes directeurs, dans leur sagesse collective, puissent débattre ces questions, déterminer si leur rang de priorité est effectivement élevé et approuver, si telle est la procédure, l'utilisation des ressources de l'OMS à ces fins. De même, les ressources limitées de l'OMS ne devraient pas se substituer aux ressources extrabudgétaires lorsque les donateurs réduisent les fonds ni être utilisés comme capitaux d'armorçage pour attirer un financement extrabudgétaire, à moins que les domaines concernés ne figurent au premier rang des priorités en matière de santé. L'allocation de ressources aux priorités devrait par conséquent être considérée en fonction de l'ensemble des ressources internationales et nationales.

27. Au cours des cinquante dernières années, l'OMS a réussi relativement bien à déterminer les priorités et à mettre fin aux activités qui étaient devenues obsolètes. Elle a également mis au point un certain nombre d'approches complémentaires pour s'occuper des programmes peu prioritaires. Dans ces cas-là, l'OMS a la possibilité de faire appel à une gamme élargie de connaissances par l'intermédiaire des centres collaborateurs, des consultants et des groupes d'experts, même si l'on a encore besoin d'un noyau de personnel pour coordonner les efforts et diffuser l'information sur les résultats obtenus.

28. En dernière analyse, l'établissement de priorités pour les différents éléments du programme et la nature et la portée de l'engagement de l'OMS dépendent des priorités fixées par les Etats Membres eux-mêmes, tant sur le plan individuel que collectif. Le processus de programmation-budgétisation de l'OMS, qui va de la base vers le sommet, permet de s'assurer que les priorités choisies de cette manière reflètent réellement les besoins des Etats Membres.

29. Pendant ce temps, l'Organisation a dû faire face à une nouvelle situation concernant l'application du budget à "croissance zéro" et l'identification des activités qui ne sont plus pertinentes afin de pouvoir mettre un terme à leur financement et dégager des ressources pour d'autres activités prioritaires. Il se peut que l'OMS et ses Etats Membres aient besoin de trouver de nouvelles approches et de nouveaux critères pour déterminer quelles sont les activités peu prioritaires. Toutefois, durant la même période, le regain d'intérêt pour les questions de santé dans le monde entier et les attentes croissantes de la population, avec les demandes qui en découlent pour l'OMS, ont entraîné l'augmentation sans précédent des ressources extrabudgétaires.

30. Ces ressources extrabudgétaires ne pouvant continuer à augmenter, l'Organisation a décidé tout récemment de regrouper les activités et les programmes dans le but de libérer des ressources en vue d'activités prioritaires. On a cessé un certain nombre d'activités mais il faut éviter d'éliminer complètement les

compétences dans les domaines concernés. Plusieurs autres approches ont été utilisées et s'avèrent efficaces grâce à la technologie moderne et au réseau d'information de l'OMS.

31. L'appel à la réforme dans le rapport sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux, le renforcement ultérieur des mécanismes de gestion à tous les niveaux de l'OMS et de la collaboration avec d'autres organismes internationaux, tant au sein qu'à l'extérieur du système des Nations Unies, ainsi qu'avec les organisations non gouvernementales, sont d'autres exemples de la manière dont l'OMS a répondu aux réalités actuelles et nouvelles. On en voit les premiers résultats dans un neuvième programme général de travail plus précis, qui identifie un certain nombre de priorités et leurs cibles corrélatives. En janvier 1995, le Conseil exécutif examinera le projet de budget programme pour l'exercice 1996-1997, dans lequel on a procédé à des remaniements importants concernant les ressources du budget ordinaire selon un processus impliquant les mécanismes gestionnaires de l'OMS aux trois niveaux. On a l'intention de poursuivre ce processus et continuer à identifier clairement les activités périmées en collaboration avec les organes directeurs et les Etats Membres. On fera désormais porter tous les efforts sur l'évaluation et la circulation de l'information en tant qu'éléments essentiels permettant de déterminer les priorités et les activités moins importantes. L'évaluation permet à l'OMS de déterminer si les activités ont abordé comme il convient les questions ou problèmes prioritaires dans les pays; elle comprend des informations sur les dépenses, l'utilisation des ressources et l'efficacité de la mise en oeuvre ainsi que sur les indicateurs épidémiologiques et économiques de l'impact. Si l'on veut répondre rapidement à l'évolution des priorités, l'on doit avoir accès aux informations pertinentes. L'existence de systèmes d'information qui veillent à ce que les informations adéquates (épidémiologiques, économiques ou gestionnaires) atteignent le niveau de gestion approprié sur une base continue est donc une condition préalable.

IV. MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

32. Le Conseil exécutif examine, à sa session actuelle, la réforme budgétaire en application de la résolution WHA46.35, ainsi qu'un certain nombre d'améliorations dans la gestion des activités et des ressources de l'OMS conformément aux recommandations du groupe de travail du Conseil exécutif sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux. Le Conseil souhaitera peut-être dans ce contexte examiner les questions suivantes :

- 1) Compte tenu des considérations énoncées dans le présent rapport et dans le document EB95/13, l'application de la résolution WHA46.35 permet-elle de s'assurer que le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé participent suffisamment au choix des priorités et des activités auxquelles il convient de mettre fin, par l'intermédiaire des examens de programme par les sous-groupes du Conseil, d'un suivi particulier des résolutions et d'un examen du projet du budget programme, ou bien faut-il mettre en place de nouveaux mécanismes ?
- 2) A la lumière de ses débats, le Conseil exécutif souhaitera-t-il renforcer sa participation aux comités régionaux en ce qui concerne la préparation du budget programme ?
- 3) Comment le Conseil exécutif compte-t-il renforcer son rôle concernant la détermination des priorités ? Comment propose-t-il de commencer à identifier les activités qu'il convient d'arrêter ? Au cours de ces dernières années, le Conseil a bien réussi à cerner les priorités mais il souhaitera peut-être préciser son rôle pour ce qui est de l'identification des activités qui ne sont plus pertinentes en plus des techniques de programmation-budgétisation "croissance zéro" et envisager la création de mécanismes appropriés à cet effet.

= = =